

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**  
**FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**PETRA BERGINC**

**Izola, 2014**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI  
DESTIGMATIZACIJI PACIENTOV Z DUŠEVNIMI  
MOTNJAMI**

**THE ROLE OF NURSING IN THE DE-STIGMATIZATION  
PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS**

**Študent: PETRA BERGINC**

**Mentorica: dr. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., viš. pred.**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

**Izola, 2014**

## KAZALO VSEBINE

POVZETEK.....	II
ABSTRACT .....	III
1 UVOD.....	1
2 NAMEN IN CILJ NALOGE .....	3
3 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE.....	4
3.1 Duševno zdravje in duševne motnje .....	4
3.2 Stigma .....	6
3.2.1 Vpliv stigme na zdravljenje pacienta z duševno motnjo .....	14
3.2.2 Vpliv stigme na življenje pacienta z duševno motnjo .....	17
3.3 Vloga zdravstvene nege pri destigmatizaciji pacientov z duševno motnjo .....	18
4 ZAKLJUČEK .....	26
5 LITERATURA .....	29

## POVZETEK

Danes veliko ljudi trpi za duševno motnjo in so s strani družbe še vedno stigmatizirani. Namen naloge je prikazati problematiko pacientov z duševno motnjo s poudarkom na destigmatizaciji. Znanost na področju duševnih motenj je napredovala in veliko ljudi, predvsem zdravstveni delavci, socialno osebje, nevladne organizacije ter svojci pacientov si prizadevajo, da bi omogočili kakovostno življenje oseb z duševno motnjo. V teoretični nalogi predstavimo duševno zdravje in kaj pomeni biti duševno bolan. Predstavljeni so vzroki, vrste, značilnosti in posledice duševnih motenj. V nalogi smo prikazali stigmo in to, kako vpliva na paciente z duševno motnjo. Primerjali smo različno tujo literaturo, ki obravnava to problematiko. Opisali smo, kako so ljudje gledali nekoč in kako danes na stigmo in kakšne posledice lahko pusti na posamezniku. Omenili smo vpliv stigme na hospitaliziranega pacienta z duševno motnjo in kako živeti s stigmo kot pacient z duševno motnjo. Poudarili smo vlogo zdravstvene nege pri destigmatizaciji pacientov z duševno motnjo, pri kateri je pomembna vzpostavitev medsebojne komunikacije. Namen dobre komunikacije je zadovoljevanje potreb pacienta. Pacient se skozi komunikacijo sooči s svojimi občutki, strahovi, vrednotami in omejitvami. Opisali smo, da je pri destigmatizaciji potrebno izobraževanje zdravstvenih delavcev o duševnem zdravju. Namen vloge zdravstvene nege je opogumiti paciente z duševno motnjo k prepoznavanju diskriminatornih stališč in spodbuditi paciente, da se borijo za svoje pravice. Naloga zdravstvene nege je, da pomagajo pacientom ponovno pridobiti samospoštovanje.

**Ključne besede:** duševno zdravje, duševne motnje, stigma, destigmatizacija, zdravstvena nega

## **ABSTRACT**

Today many people suffer from mental disorder and are still stigmatised by society, The aim of our thesis is to present the problems of patients suffering from mental disorder. We laid stress on destigmatization of patients with such a disorder. Science dealing with mental disorder has now improved and many people, in particular health professionals, social workers, non governmental organisations and patients' relatives are striving to enable to improve the quality of life of mental health patients. We aimed to present what is mental health and what it means to suffer from mental disorder. We presented the reasons, the types, the characteristics and the consequences of mental disorders. We presented stigma and showed how it affects mental health patients. We compared various foreign literature dealing with the topic. We compared how stigma is perceived by people today and how it was viewed in the past and how stigma affects the individual. We mentioned the influence of stigma on hospitalized patients with mental disorder and how to live with stigma as a patient with mental illness. We laid stress on the role of health care in the destigmatization of patients with mental disorder. The aim of good communication is to satisfy the needs of a patient. A patient faces his/her feelings, fears, values and limits through communication. Destigmatization requires the education of health care workers about mental health. Nursing care has a role to encourage patients with mental disorder in recognizing discriminatory views and to encourage them to fight for their rights. Patients must regain self- respect. This is the role of health care.

**Key words:** mental health, mental disorders, stigma, destigmatization, health care.

## 1 UVOD

Duševno zdravje je znak dobrega počutja, ki se kaže v sposobnosti obvladovanja vsakdanjih stisk v življenju, kot je stres, sposobnost produktivnega opravljanja dela, navezovanja medsebojnih stikov s posamezniki, s katerimi je posameznik sposoben živeti v skupnosti ter mu omogoča, da lahko uresničuje umske in čustvene zmogljivosti (1).

Duševna motnja je bila vedno prisotna v družbi in bo tudi vedno obstajala (2). Pri duševni motnji je treba identificirati prepletanje bioloških in psihosocialnih dejavnikov (3). Je motnja, ki jo človek lahko ima, dobi, izgubi, ali pa jo pozdravi. Simptome duševne motnje prepoznamo po odklonilnem, spremenjenem načinu doživljanja, delovanja in reagiranja v medsebojnih odnosih med vrstniki v dani družbi (4). Zato duševna motnja prizadene celotno človekovo osebnost in potrebuje drugačno obravnavo kot druge telesne bolezni (5). Najpogostejši simptomi se kažejo v negotovosti, napetosti, nezaupljivosti in spremenjenem doživljanju sebe in okolice (6). Vedno se pojavlja vprašanje, kje stoji meja med duševnim zdravjem in duševno motnjo. Pri duševnih motnjah posameznik občuti strah, tesnobo in doživlja realni svet popolnoma iracionalno (7). Pacienti z duševno motnjo imajo slabšo kakovost življenja in večjo nagnjenost k samomorom, ker ne poiščejo pravočasno pomoči v psihiatričnih ustanovah (8).

Stigma je izraz označevanja ljudi za manjvredne, drugačne in prizadene tudi posameznikov ugled in veljavo (9). Izhaja in se razvija znotraj družbe in se nenehno spreminja (10). Družba postavlja norme in posamezniki, ki jih ne dosežejo, so stigmatizirani (11). V antiki so ljudi, ki so jih imeli za drugačne, označevali s posebnimi znaki, ki so jim jih vrezali ali vžgali v telo (12). Med stigmatiziranimi posamezniki so bili tudi pacienti z duševno motnjo, ki so jih obsojali čarovništva in jih zažigali na grmadah. Zaradi nevednosti so ljudje paciente z duševno motnjo zapirali, in izganjali iz mest, ker so mislili, da imajo zvezo s hudičem. Odnos do ljudi z duševno motnjo pa se je spremenil z mislijo, da je norost božje darilo (7). Stigma je najbolj prisotna v razvitih državah, kjer jo povzročata predvsem urbanizacija in industrializacija, ki zahtevata od posameznika višjo izobrazbo in kvaliteto dela v vseh zaposlitvenih sektorjih. Prisotna je tudi v velikih psihiatričnih ustanovah (13). Torej so razlogi za stigmatizacijo v preteklosti in danes najpogostejše posledica nepoučenosti, neznanja in nerazumevanja ter napačnega presojanja pacientov z

duševno motnjo. Stigmatizacijo povzroča tudi napačno obveščanje medijev v informativnih oddajah in v zabavni industriji, ker paciente z duševno motnjo prikazujejo v zelo negativni luči (14, 15).

Negativen odnos in diskriminacija pacientov z duševno motnjo sta prisotna tudi v zdravstveni negi, zato bi se morali zdravstveni delavci zavedati pomembnosti stigmatizacije in se izobraževati (16). Kontinuirano izobraževanje o stigmatizaciji v zdravstveni negi pomaga pri zmanjševanju le-te in omogoča zdravstvenim delavcem, da vidijo v pacientih z duševno motnjo potenciala za bolj produktivno življenje (15). Danes zmanjšujejo stigmatizacijo in težijo k boljšemu kakovostnemu življenju pacientov z duševno motnjo tudi neprofitne nevladne organizacije s svojimi programi (17).

Psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje prakse zdravstvene nege. Ukvarja se s posamezniki z duševnimi motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Osnovna značilnost psihiatrične zdravstvene nege je odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Ta odnos je usmerjen v prizadevanje za pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje pacienta. (7)

## **2 NAMEN IN CILJ NALOGE**

Namen diplomske naloge je prikazati, da je o stigmatizaciji duševnih motenj na vpogled malo literature, še posebej malo je s področja zdravstvene nege. Glede na to, da je med ljudmi še vedno navzoča negativna miselnost o duševnih motnjah, ki se opaža v odnosu do pacientov z duševnimi motnjami, želimo to področje podrobneje proučiti.

Cilji diplomske naloge so:

- predstaviti duševne motnje,
- opisati pojem stigmatizacije,
- predstaviti vzroke, ki privedejo do stigmatizacije,
- opisati vpliv stigme na osebe s težavami v duševnem zdravju in na paciente z duševno motnjo,
- predstaviti vlogo zdravstvene nege in vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji oseb s težavami v duševnem zdravju in pacientov z duševno motnjo,
- predstaviti vpliv stigme na zdravljenje in na življenje pacienta z duševno motnjo.



### **3 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE**

#### **3.1 Duševno zdravje in duševne motnje**

Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, da opravlja svoje delo produktivno in je sposoben prispevati skupnosti, v kateri živi (1). Posamezniku omogoča uresničiti umske in čustvene zmožnosti in mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v družbenem, zasebnem in poklicnem življenju (1).

Duševna motnja je bila, je in bo obstajala, pri čemer jo najpogosteje razumemo v povezavi s prevladujočimi družbenimi stališči v danem družbenem trenutku in dani družbi (2).

Pri vsaki duševni motnji je treba upoštevati prepletanje bioloških in psihosocialnih dejavnikov. Pri tem pa ne smemo prezreti niti organskih dejavnikov pri psihičnih motnjah, niti psihičnih dejavnikov pri organskih motnjah (3).

Švab (9) navaja, da je bil Francoz Pinel prvi, ki je razdelil duševne bolezni na manijo, melanholijo, idiotizem in demenco. Bil je prepričan, da so vzroki bolezni dedni in da ima nanje velik vpliv okolje. Osvobodil je petdeset pacientov vkljenjenih v verige zato, ker je bil prepričan, da je vzrok njihove neprilagodljivosti pomanjkanje svobode (9).

Danes se izrazu duševna bolezen izogibamo in se poslužujemo izraza duševna motnja. To je motnja, ki jo človek lahko ima, dobi, izgubi ali pa jo pozdravi. Osebe z duševno motnjo prepoznamo po odklonilnem ali spremenjenem, drugačnem doživljanju, delovanju in reagiranju ter jih poimenujemo tudi psihopatološki fenomeni. Te znake in simptome duševnih motenj proučuje psihopatologija kot veda, ki je del psihiatrije. Če se pri duševnih motnjah so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju ali vedenju. Kažejo pa se v strahu, negotovosti, napetosti, nezaupljivosti, spremenjenem doživljanju sebe in sveta (4).

Duševna motnja ne zajema samo motenosti specifične vitalne funkcije, ampak prizadene celotno človekovo osebnost, lahko bi rekli, da poruši celotno mrežo njegovih medsebojnih

odnosov in življenjskih ciljev. Duševna motnja, ki prizadene osebnost, potrebuje drugačno obravnavo kot druge telesne bolezni (5).

Duševne motnje so prisotne v vseh strukturah družbe in vplivajo na posameznikovo splošno počutje, uspešno življenje in telesno zdravje. Imajo neposreden vpliv na človekovo ekonomsko plat družbe in so na drugem mestu bolezni, ki povzročijo najdaljšo nezmožnost za delo ali celo smrt. Duševno zdravje in duševna motnja nista dva nasprotujoča si pola, ampak sta razdeljena na zvezdni premici tako, da je na enem koncu nezmožnost za delo, smrt, hospitalizacija in socialna izolacija, na drugem koncu premice pa uspešno funkcioniranje v družbah, intimah in drugih odnosih ter sposobnost premagovanja ovir, prilagajanja spremembam in produktivnega dela (6).

Duševne motnje delimo na tiste, ki so nastopile primarno zaradi duševne motnje same, in tiste, ki so nastale kot vzrok neke druge telesne bolezni. Ta delitev je pomembna zaradi različnih postopkov zdravljenja, kajti pri duševnih motnjah, ki jih pogosto povzročajo telesne bolezni ali stanje, je zdravljenje osredotočeno na zdravljenje vzrokov psihičnih težav oz. v odpravljanje telesne bolezni (4).

Kogovšek in Škerbinek (7) navajata različna mnenja o duševnem zdravju in duševni motnji. Vedno se postavlja vprašanje, kaj pomeni biti duševno zdrav in duševno bolan in kje je meja. Razlika med duševnim zdravjem in duševno motnjo je v tem, da stres pomeni stanje neugodja, strahu in odtujitve od sebe in od drugih. Kadar pacienta preplavijo občutki strahu in tesnobe in ko posameznik doživlja realni svet popolnoma izkrivljeno, takrat to stanje imenujemo duševna motnja (7).

Duševne motnje sodijo med tiste bolezni, ki ne nastanejo tako hitro kot npr. srčni infarkt. Na zunaj ne kažejo prizadetosti kot telesne poškodbe in ti pacienti se pogosto ne zavedajo, da imajo duševno motnjo. Nastanejo zaradi različnih vzrokov, zato pri mnogih pacientih ostanejo neodkrite, nezdravljene in le majhen del pacientov se zdravi v psihiatričnih bolnišnicah ali obišče psihiatra. Če pacienti ne poiščejo pravočasno pomoči v psihiatričnih ustanovah, imajo lahko slabšo kakovost življenja in tudi večjo možnost umrljivosti zaradi samomorov, ki so povezani z depresijo (8).

Thornicroft in sod. (18) so bili prepričani, da so pacienti z duševno motnjo bolj nagnjeni k sladkorni bolezni, srčno žilnim obolenjem, debelosti in infekciji z virusom humane

imunske pomanjkljivosti (HIV) oz. sindromu pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS). Avtorji (18) so mnenja, da pri pacientih z duševno motnjo obstaja nevarnost prezgodnje smrti.

Pri večini duševnih motenj verjetno ne poznamo njihovega nastanka in zato ne moremo nanje vplivati. Lahko pa vplivamo na nekatere organske duševne motnje, za katere je značilen vzrok: poškodba, novotvorba, organska bolezen. Druge duševne motnje so posledica telesne bolezni oz. življenjske spremembe, ki spremljajo to bolezen, lahko pa so tudi posledice nezdravih navad, ki vodijo v bolezensko odvisnost (7).

Kersnik (8) v svojem članku o duševnih motnjah v družinski medicini ugotavlja, da med ljudmi z duševnimi motnjami prevladujejo predvsem ženske, pacienti z nižjo šolsko izobrazbo, pacienti z nižjimi osebnimi dohodki ter tisti, ki pogosteje obiskujejo svojega zdravnika.

Kogovšek in Škerbinek (7) navajata, da imamo več različnih teorij, ki iščejo vzroke za nastanek duševnih motenj. Te teorije iščejo vzroke v dednosti, druge so mnenja, da vpliva na njih neugodno okolje, tretje pa iščejo vzroke v osebnotnem razvoju vsakega posameznika. Mnogi si razlagajo in verjamejo, da bodo v prihodnosti odkrili kemijske spremembe v delovanju možganov, ki naj bi bile vzrok duševnih motenj. Vendar za temi bolezenskimi simptomi ne stoji nihče drug kot človek in ti simptomi so njegov odgovor na razmere, v katerih je prisiljen živeti (7).

### **3.2 Stigma**

Pod besedo stigma razumemo označevanje določenih ljudi za drugačne in manjvredne od drugih. Je znamenje nezadovoljstva in sramote, ki pelje v izgon in izogibanje. Pri tem pa ne smemo pozabiti, da označuje posameznikov ugled in veljavo (9).

Stigma je skupek socialnih odnosov in vezi. Stigma odraža kulturo in družbo, ki se nenehno spreminjata. Družboslovcem povzroča težave, ko se soočajo z vprašanjem, kaj je stigma. Njeno zapleteno naravo in mrežo kompleksnosti in paradoksov si pomagajo razvozlati z opazovanjem stigme z različnih perspektiv (10).

Za stigmo je značilno, da socialno okolje določa kategorijo oseb, ki so kakor koli drugačne od okolja. Te osebe so stigmatizirane, ker ne dosegajo norm, ki jih postavlja družba (11).

Ločimo tri tipe stigme: prvi je zaznava telesne deformacije, drugi so karakterne hibe, ki jim predpisujemo neodločnost, šibko voljo ali nenavadna nagnjenja (zapor, samomori, homoseksualnost, nezaposlenost, radikalna politična prepričanja, itd.), tretji tip pa je skupinska stigma ras, veroizpovedi in narodnosti (judje, črnci, Romi, itd.). Termin stigma so iznašli že stari Grki. Z njo so označevali osebe, ki so jih imeli za drugačne (kriminalce, sužnje). Zaznamovali so jih tako, da so v telo vžgali ali vrezali znak in na ta način zaznamovali osebo za slabo in nevarno. Bili so po videzu drugačni in ločeni od ostalih (19).

V antični kulturi so gledali na paciente z duševnimi motnjami drugače kot v srednjem veku, saj so bile duševne motnje izrazito stigmatizirane (13). Mnogo oseb z duševno motnjo je bilo obsojenih čarovništva in sežganih na grmadi (7).

Stigmatizacija pacientov z duševno motnjo se je skozi zgodovino različno odvijala. Odnos do pacientov je nihal. V nekaterih obdobjih sta odklanjanje, kaznovanje in izogibanje zamenjala strpnost in poskus integracije. Odnos do pacientov z duševnimi motnjami je bil bolj odklonilen, če je bila skupina teh pacientov odrinjena v institucije ali na družbeni rob. V preteklosti je imela vpliv na javno mnenje o odrinjenih skupinah cerkev, vendar je tudi krščanski odnos nihal med stališči odklanjanja in tolerance (9).

Primitivna ljudstva so si v preteklosti razlagala, da duševne motnje povzročajo duhovi. Verjeli so vanje, zato so ljudi z duševnimi motnjami zapirali in izganjali iz mest. Bilo je tudi obdobje, ko so si ljudje razlagali, da je norost božje darilo, zato so ljudi z duševnimi motnjami varovali in jih spoštovali. Menili so, da s čarobnimi izreki in zaklinjanjem bolezen odženejo ali zdravijo. Hipokrat je potrdil, da imajo duševne motnje naraven vzrok (7).

V preteklosti so začeli zmanjševati stigmo že francoski monarhi, ko so začeli gledati s pozitivne in strpnejše plati na duševne motnje, saj so odprli prve azile, namenjene pacientom z duševno motnjo. Ti azili so v kasnejših stoletjih služili tudi odpadnikom, sirotam, prostitutkam, homoseksualcem, kronično bolnim in ostarelim. Švab (9) navaja, da so strokovnjaki (npr. Sauvages in Cullen, Gall) začeli zmanjševati stigmo, ko so želeli

prikazati in razumeti duševno bolezen kot druge bolezni. Švab (9) prav tako opisuje, da je bila stigma močno prisotna v psihiatričnih bolnicah in drugih podobnih institucijah, kjer se je opravljalo samo delo varovanja in nadzora, ker so imeli slabo izobražene strežnike. Leti so imeli izobrazbo, ki ni bila boljša od izobrazbe jetniških paznikov. Švab (9) navaja še, da je bilo leto 1878 mejnik za psihiatrijo v Sloveniji. V tem letu so v Ljubljani odprli deželno blaznico. Bleiweiss je v svojem govoru ob otvoritvi deželne blaznice v Ljubljani poudaril, da je treba pacientom z duševno motnjo zagotoviti delovno terapijo z umskim in ročnim delom, razvedrilom in telesno aktivnostjo (9). V kasnejših obdobjih po letu 1878, so se odpirale še druge psihiatrične bolnišnice, ki so bile nameščene v stare gradove ali kasarne, kjer so še danes (7). Pacienti z duševno motnjo so preživljali izredne razmere, saj so jih zapirali v sirotišnice in ječe, kjer so jih obravnavali in gledali kot ujetnike ali kriminalce. Stigmatizacija pacientov z duševno motnjo je bila obravnavana skoraj po vsem svetu enako. Pomembni reformisti, kot so Vincenzo Chiarugi iz Firenc, William Turke iz Yorka in Jean Baptiste Pussin ter Philippe Pinel iz Francije, so skušali izboljšati kakovostno skrb za paciente z duševno motnjo. To je bil začetek obdobja moralnega zdravljenja (9). V razsvetljenstvu se je nenavadno vedenje posameznikov razlagalo kot posledico duševne motnje, saj so med drugim pomagali razbremeniti ženske obtožb, da so čarovnice. Poskušali so tudi razložiti primere samomorov, ki jih je takratna družba obravnavala kot zločin (13). V 19. stoletju je psihiatrija postala veja medicine. Leta 1920 so uvedli elektrokonvulzivno terapijo (9). Flaker (20) navaja, da se je velikih ustanovah, kjer so bivali pacienti nekoč in prav tako tudi danes, stigma povečevala in postajala vidnejša. Zato je bilo bivanje v teh zavodih škodljivo, ker so pacienti pretrgali vez z zunanjim okoljem (z znanci, s svojci in vsakdanjimi rutinami). Počutili so se zavržene in drugačne. Ti pacienti niso izgubili samo preteklosti, ampak niso videli niti prihodnosti (20).

Stigmatizacija pacientov z duševno motnjo ima torej dolgo zgodovino, vendar je problem stigme v zadnjih dvesto letih prisoten predvsem v razvitih državah. Povzročata ga predvsem urbanizacija in industrializacija, ker imata visoke zahteve do zaposlenih, saj od posameznika zahtevata vedno višjo stopnjo izobrazbe, kvalifikacijo in prilagajanje v vseh zaposlitvenih sektorjih. Prisotna pa je tudi v drugih okoljih, kot sta podeželje in države v razvoju, kjer se pacienti z duševnimi motnjami prav tako umaknejo vase in se socialno izolirajo (13).

Še danes gledamo na stigmo kot produkt družbenega označevanja in ne kot lastnost prizadetega posameznika. Stigma ožigosa paciente z duševnimi motnjami za manjvredne spoštovanja ostalih. Ti pacienti se izolirajo in bežijo pred vsakdanjimi družbenimi odnosi z drugimi ljudmi. Ko jih stigmatiziramo, se v naših mislih iz popolne, normalne osebe izoblikuje nepopolna in pomanjkljiva oseba. Kasneje pa so te predsodke začeli uporabljati tudi za osebe s fizičnimi in psihičnimi značilnostmi (11).

Strbad in Švab (14) navajata, da razlog za stigmatizacijo danes in v preteklosti največkrat pripisujemo nepoučenosti in neznanju, kajti to neznanje vodi v napačno presojanje pacientov, ki imajo tovrstne težave. Drugi vzrok je zgodovinski, saj so v preteklosti duševne motnje obravnavali kot obsedenost s hudičem. Odziv ljudi na osebe z duševno motnjo je obramba in protinapad. Naslednji vzrok je tudi zavajajoče obveščanje medijev v informativnih oddajah, v zabavni industriji (filmi in nadaljevanke), ki opredeljuje osebe z duševno motnjo za nevarne, nasilne, nenormalne, posiljevalce in morilce z razcepljeno osebnostjo. Že Byrne (15) je meril nasilje kot glavni element televizijskih predstav in ugotovil, da kar 66 % primerov predstavlja duševnega pacienta za nasilnega. Avtor (15) navaja še, da sta televizija in kino substrat za komedijo, ker se v njih ljudje najpogosteje smejejo vedenjskim kretnjam duševnih pacientov in se pri tem ne osredotočijo na vsebino. V filmih pogosto paciente z duševno motnjo prikazujejo kot lene in nasilne ali kot kriminalce. V večini teh hollywoodskih filmov so ljudje z duševno motnjo prikazani kot privilegirani in narcisoidni. Danes na paciente z duševno motnjo vplivajo tudi posledice stranskih učinkov zdravil, ki naj bi pomagale pri zdravljenju. Zaradi stranskih učinkov zdravil pacient lahko pridobi na teži, spremeni se njegova motorika, lahko se povečajo spoznavne in pominske motnje, ki ovirajo njegovo delovanje (14, 15).

Thornicroft in sod. (18) so ugotovili, da se je negativen odnos do stigme razvil zgodaj. Stigma se je pojavila že med študenti medicine. Poudarjajo, da se je na Hrvaškem izkazalo, da imajo specialisti splošne medicine negativen stigmatizirajoč odnos do pacientov z duševno motnjo zaradi strahu in nevednosti o duševnih motnjah. Prišli so do zaključkov, da imajo zdravniki splošne medicine vidne preference do določenih pacientov in se manj posvečajo tistim, za katere menijo, da ne zaslužijo zdravljenja, ker naj bi bili sami krivi, da so zboleli. To je tudi eden od vzrokov, zakaj se mladi študenti medicine ne odločijo za psihiatrijo (18).

Psihiatrično zdravljenje je eden od vzrokov za stigmatizacijo pacientov z duševno motnjo, saj jim onemogoči, da bi normalno in produktivno živeli ter jim določi diagnozo, ki jih spremlja v vsakdanjem življenju (21). Pravilno postavljena diagnoza je tudi pomemben temelj obravnave, saj je za zdravnike dragocena, ker z njo lahko spremljajo napredovanje bolezni in si pomagajo pri pravilni izbiri zdravljenja, čeprav je eden od dejavnikov tveganja za stigmatizacijo (22). Pacient z duševno motnjo je enakovreden ostalim, dokler se skriva. Ko pa se spusti v intimnejše odnose s sovrstniki in ga le-ti spoznajo, največkrat postane v njihovih predstavah zaznamovan in manjvreden (21).

Švab (9) je mnenja, da je stereotipna slika pacienta z duševno motnjo ta, da je hudo vedenjsko motena oseba, nesposobna, nepredvidljiva in nevarna za okolico. Istega mnenja sta Strbad in Švab (14), ki navajata, da zaradi vpliva okolja pacienti izražajo negativna čustva, kot so krivda, strah, sram, opisujejo negativno samopodobo in zato se neustrezno vedejo. Prav tako so Švab (9), Strbad in Švab (14) ter Bon (13) skupnega mnenja, da zaradi občutkov krivde in sramu, pacienti težje poiščejo zdravniško pomoč in zanikajo, da so simptomi in znaki, ki jih spremljajo, posledica duševnih motenj.

Coleman (10) pravi, da je v večini kultur izginilo fizično ožigosanje in označevanje pacientov z duševno motnjo, vendar se je nato razširilo socialno označevanje in kognitivne manifestacije stigmatizacije, ki so postale temelj stigme.

Švab (9) navaja, da se stigmatizacija somatskih bolezni, kot sta rak in epilepsija, v zdravstvu zmanjšuje, vendar se povečuje stigmatizacija duševnih pacientov s ponavljajočo in hudo obliko duševnih motenj, ki je največkrat tudi ovira za nadaljnjo in produktivno zdravljenje. Švab (9) navaja tudi, da se pacienti z duševno motnjo borijo za status, ki je izraz hrepenenja, s katerim bi radi pokazali svoje notranje bogastvo, kajti tem pacientom ni dana možnost visokega statusa, kot so materialne dobrine, svoboda, ugoden prostor in udobje, čas in občutek, da jih imajo drugi radi in jih štejejo za pomembne. Odvisna je od političnih, ekonomskih in socialnih sil, ki imajo veliko moč rušenja ugleda, ustvarjanja stereotipov, odklanjanja, izražanja negodovanja in drugih oblik diskriminacije. Združuje širok koncept komponent, stereotipiziranja, kognitivnega ločevanja, označevanja, čustvene reakcije in diskriminacije. Zaradi čustvene, kognitivne in socialne komponente oseba izgubi svoj status, ki predstavlja posamezniku položaj v družbi (9).

Byrne (15) je navajal, da je stigma postala znak neprijetne izkušnje in eden od teh občutkov je sram. Duševno motnjo pri pacientih vedno dojemamo kot znak slabosti. Avtor navaja tudi desetletne raziskave javnega mnenja, v katerih so ugotovili, da se 80 % ljudi sramuje duševne motnje in da je 30 % ljudi priznalo, da se sramuje pacientov z duševno motnjo. Nekateri ljudje imajo svoje mnenje o duševnih motnjah, vendar jih raje obdržijo zase, torej raje molčijo. Byrne (prav tam) je ugotovil, da je pacientom z duševno motnjo težko priznati bolezen, kot je zdravnikom težko spraševati glede depresivnih simptomov. V svojem članku avtor (prav tam) omenja raziskavo iz leta 1993, v kateri navaja, da je od sto šestinpetdeset anketiranih družinskih članov in partnerjev, polovica povedala, da so se trudili skriti bolezen pred drugimi in da tudi psihiatri neradi govorijo o boleznih svojih pacientov, da jih ne bi stigmatizirali. Med drugim je ugotovil, da jim zaradi skrivanja bolezni socialne službe niso mogle nuditi ustrezne pomoči, kar je privedlo do slabih rezultatov predvsem pri kroničnih boleznih in pri socialni mreži (15). V raziskavi iz leta 2000 pa je Parle (23) ugotovil, kako javnost vidi ljudi z duševnimi motnjami, ki so odvisni od diagnoze. Npr. pacienti s shizofrenijo so zanje nevarni in nepredvidljivi, pacienti odvisni od alkohola in prepovedanih drogi pa niso samo nevarni, ampak jih javnost krivi za njihovo zasvojenost. Splošno mnenje je, da je vsakdo, ki trpi za duševno motnjo, nezanesljiv predvsem pri skrbi za otroke. Veliko jih je tudi mnenja, da so pacienti z duševno motnjo manj inteligentni, kar zmanjšuje zmožnost za sprejemanje odločitev (23).

Kuklec (11) navaja raziskavo, v katero je bilo vključenih devetinšestdeset diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana ter na Reševalni postaji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Ta je pokazala, da so pacienti s psihičnimi motnjami zelo stigmatizirani in morajo za učinkovito življenje v skupnosti stigmo integrirati v lastno samopodobo. Po sestavljenem anonimnem vprašalniku, povzetem po Corriganu (11), je raziskava kratkih zgodb pacienta s shizofrenijo, odvisnega od alkohola in z levkemijo pokazala, da laična populacija kaže največ stigme pri odvisniku od alkohola, saj ocenjuje, da je sam kriv za svoje stanje, se ga boji, se nanj jezi in mu ni pripravljena pomagati. Nato sledi pacient s shizofrenijo in na zadnjem mestu pacient z levkemijo. Iz tega je moč zaslediti, da je ljudem bolj razumljiva telesna bolezen kot pa duševna motnja. Čeprav je družba diferencirana, je stigma še vedno prisotna. Stigma pacientom predstavlja začaran krog, predvsem, kadar iščejo prosta delovna mesta, se prijavljajo za socialno podporo in kadar se prijavljajo na



razpis za neprofitno stanovanje. Pacienta z duševno motnjo negativno označujemo samo zato, ker ima diagnozo duševne bolezni in duševno motnjo večina ljudi razlaga kot značajsko slabost. Med duševnimi motnjami je najbolj stigmatizirana bolezen shizofrenija (11).

Avtor Byrne (15) navaja, da je shizofrenija poseben izziv, saj imamo o njej premalo znanja, kar privede do različnih mnenj o tej duševni motnji. Pri pacientu je emocionalna komponenta povezana z zanikanjem simptomov ali zavrnitvijo zdravljenja. Zaradi zavrnitve zdravljenja lahko ti pacienti izgubijo stalno delovno mesto in se njihovi medsebojni odnosi z drugimi ljudmi (družina, partner, prijatelji...) porušijo. Priporočljivo bi bilo, da bi v delavnice, namenjene pacientom z duševno motnjo, vključili tudi programe o izboljšanju osebnih odnosov, ker ima 50% pacientov s shizofrenijo težave z medsebojnimi odnosi. Zato je mnenja, da bi vsi pacienti z duševno motnjo, z izjemo pacientov z demenco, morali poznati svojo diagnozo. Avtor (prav tam) navaja še, da negativni vpliv stigme na posameznikovo dobro počutje vpliva od začetka zdravljenja do enega leta po uspešnem zdravljenju (15).

Kobentar in Avguštin (24) navajata, da poznamo tri vrste stigme zaradi duševne motnje: pri prvem tipu je javnost mnenja, da so stigme povezane z nasiljem in nezakonitimi aktivnostmi, drugi tip so duševne motnje, pri katerih vedenje bolnikov lahko spravlja svojce v nelagoden položaj, tretji pa so motnje, pri katerih lahko zdravljenje privede do opaznih stranskih učinkov (24).

Duševne motnje so sčasoma same po sebi postale stigmatizirane zaradi odsotnosti logičnega razuma, ki je bil za tiste čase ena najbolj cenjenih vrednot. Takrat se je začela institucionalizacija duševnih pacientov, s katero je povezan razvoj psihiatrije. Bistvena osnova, ki sproži stigmatizacijo pri pacientih z duševno motnjo, je nesposobnost vživljanja v njihove občutke (13).

Strbad in Švab (14) navajata, da je predsodek eden od znakov stigmatizacije oseb z duševno motnjo, ki si ga razlagamo kot negativen, odklonilen odnos do koga ali česa in je neodvisen od izkustva. Pri pacientih s hudimi duševnimi motnjami se predsodek najpogosteje nanaša na njihove lastnosti (nezanesljivost, manjša sposobnost, lenoba, nepredvidljivost, nasilno vedenje, nevarnost, nezmožnost komunikacije, nesposobnost za

sodelovanje pri zdravljenju, itd.). Drugi predsodki se nanašajo na ozdravljivost duševnih motenj, saj imajo nekateri napačna prepričanja, da je duševna motnja neozdravljiva oz. da je ni možno pozdraviti. Tretji predsodek pa je vezan na predvidene značilnosti hudih duševnih motenj in se pojavi v nerazumskih predstavah, da pacienti s hudo duševno motnjo, s svojo norostjo, okužijo druge ljudi in da duševna motnja ni bolezen, temveč pritisk družbe in družine. Javnost je mnenja, da je za svojo bolezen kriv posameznik sam ali njegovi starši, ker je duševna bolezen le navidezna in hlinjena ter izraža šibkost volje in značaja (14).

Avtorji Strbad in sod. (25) navajajo, da se pacienti z duševnimi motnjami samostigmatizirajo, ko se soočijo s svojo boleznijo, zato je prizadeto tudi njihovo samospoštovanje. Zaradi predsodkov okolice do pacientov z duševnimi motnjami se le-ti umaknejo vase in se socialno izolirajo. Posledice se opazijo v upadu funkcioniranja, tesnobi in depresivnosti. Svojo bolezen poskušajo prikriti, ker jih je strah izključitve iz družbe. Za pacienta z duševno motnjo sta stigma in samostigmatizacija bolj obremenjujoča, kot so simptomi bolezni in nezmožnost za delo. Sta pomembna razloga za zanikanje bolezni, ker omeujeta pacientu boljši položaj v skupnosti (25).

Kuklec (11) navaja, da sekundarne dolgotrajne posledice stigme najpogosteje ovirajo pacienta v življenju, in sicer pri zaposlitvi, partnerskem odnosu in težavah pri izobraževanju. Stigma ostane vezana na pacienta tudi takrat, ko simptomi izzvenijo. Tako pravita tudi Pinto - Foltz in Logsdon (26), ki sta leta 2005 zapisala, da je stigma zbirka negativnega odnosa, vedenja in prepričanja, ki vplivajo na posameznikovo dejavnost, da zavrača in se izogiba ali pa diskriminira ljudi ter ima do njih predsodke. Medtem ko je Pettit (27) navajal, da je stigma eden najpogostejših vzrokov, zakaj se pacienti z duševno motnjo ne obrnejo na zdravstveno osebje. Kot drugi problem navaja neenakost pacientov pri dostopu do zdravstvenega osebja in neenako obravnavo pacientov z duševno motnjo, kar vpliva na pacientovo kvaliteto življenja in uporabo zdravil. Potrjuje, da zdravila pomagajo pacientom z duševno motnjo, hkrati pa opozarja, da lahko stranski učinki zdravil pripomorejo k stigmatizaciji. Navaja še, da so v Ameriki ugotovili, da je stigmatizacija oseb odvisna od vrste duševne bolezni. Študenti medicine, ki menijo, da je vzrok duševnih bolezni biološkega izvora, manj stigmatizirajo pacienta od študentov, ki vidijo v duševni bolezni psihološki vzrok. V zadnjih letih se v Ameriki veliko govori o duševno bolnih

znanih osebnostih, ki so javno spregovorile o depresiji in drugih duševnih motnjah in da se zdravstveni delavci trudijo, da bi ozaveščali ljudi o duševni motnji (27).

Za našo samozavest je odločilno, da se dojemamo kot racionalne osebe. Ko pa vidimo, da človek izgubi svojo racionalnost, kot jo npr. pacient z duševno motnjo, se v nas prebudi strah, da se lahko tudi nam zgodi podobno. Zato je v človeški kulturi prisotna jasna razlaga o postavitvi meje med bolnim in zdravim, in to je tudi eden od vzrokov za stigmatizacijo (13).

Pinto – Foltz in Logsdon (26) sta navajala, da je bivši predsednik Bush leta 2007 ustanovil v Združenih državah Amerike komisijo, ki pravi, da je dostop do duševnega zdravja ključnega pomena. Ministrstvo za zdravje je izdalo memorandum, ki govori o namenu antistigmatizacijskega programa, in ga uporabljajo vsi tisti, ki so se pripravljali spopasti s stigmo. Ravno tako so v Združenih državah Amerike ustanovili organizacijo National Alliance o duševnih boleznih (NAMI), katere funkcija je, da vstopa v stik z mediji, ki napačno prikazujejo paciente z duševno motnjo (26).

Stigma pri pacientih z duševno motnjo zagotovo prispeva tudi k temu, da večina pacientov, ki izpolnjujejo kriterije za obravnavo, pomoči ne poiščejo pravočasno. Pacienti zdravljenje lahko predčasno opustijo ali ne izpeljejo do konca, ker se ti pacienti ne želijo sprijazniti, da imajo duševne motnje, torej so dodatno zaznamovani. V vsaki kulturi so namreč stereotipi o duševnih motnjah tako trdovratni, da jih ne moremo spremeniti z racionalnimi argumenti. Da spremenimo odnos do teh stereotipov, še najbolj pomagajo lastne izkušnje in odnosi s pacientom. Včasih ni dovolj racionalna razlaga dejstev o duševnih motnjah, ampak je pomembno, da se ljudje vsebine tudi čustveno dotaknejo (13, 24).

### **3.2.1 Vpliv stigme na zdravljenje pacienta z duševno motnjo**

Lamovec (21) navaja izkušnje hospitaliziranega pacienta, ki se čuti za okolico manj zaželen od nekdanjega kaznjenca. Pripisovali so mu nezanesljivost in nesposobnost odločanja v kritičnih situacijah in za razliko od kaznjenca mu niso predvideli boljše prihodnosti. Lamovec (21) med drugim tudi opisuje, da pacient s psihiatrično izkušnjo izgubi v veliki večini socialni ugled v vseh socialnih vlogah in da je s strani ljudi ocenjen

kot nagnjen k neprestanim krizam in da tem krizam ni kos. Ljudje mu predpisujejo tudi nezmožnost samokontrole, pomanjkanja odgovornosti ter so prepričani, da je vzrok nelagodja in tesnobe vseh ljudi v njegovi bližini. Zato je stigma hospitaliziranega pacienta precej močnejša od stigme kaznjence. Ljudje ga ne poslušajo več in njegove besede nimajo več teže, saj se ljudje osredotočijo le na način in ne na vsebino tega, kar želi povedati. Ker ljudje ne prisluhnejo vsebini tega, kar želi povedati, pacient z duševno motnjo ne izraža več svojega mnenja, se podreja drugim in ponovno utrjuje svoj lažni jaz. To pa lahko privede do izbruha čustev, ki jih posameznik ne more obvladovati in zato lahko nastopi kriza. Pacienti, ki so kdaj utrpeli psihične težave in so odpušteni iz bolnišnice, navadno niso več psihotični, ostanejo pa jim poškodbe (21).

Thornicroft in sod. (18) navajajo ugotovitve, da je v bolnišnicah in dispanzerjih bistveni problem dehumanizacija, saj se zdravstveni delavci pogovarjajo z njimi, kot da bi bili otroci, in jim ne dopuščajo možnosti sprejemanja pomembnih odločitev ter jih imajo za nesposobne odgovarjati o svojem življenju. Eden od problemov je tudi ta, da pacienti ne dobijo dovolj informacij o svoji bolezni in možnostih zdravljenja. V splošnih ambulantah pa imajo pacienti z duševno motnjo manjši dostop do splošnega zdravnika in dobijo slabšo pomoč od ostalih pacientov pri zdravljenju sladkorne bolezni, srčno žilnih obolenj in pri obolenju zobovja (18).

Lamovec (22) navaja, da so pacienti, ki so bili pogosto hospitalizirani, največkrat prizadeti na področju samospoštovanja, so ponižani in razosebljeni. Tem pacientom se zaradi pomanjkanja samospoštovanja zdijo nemogoči življenjski cilji, kot so npr. študij (odsvetovanje nadaljnega študija), zaposlitev, ustvarjanje družine in drugi njemu pomembni življenjski cilji. Pacienti so manj motivirani in vztrajni pri vsakodnevnikih opravilih. Zanje je značilno, da se umikajo v sanjarjenje, so bolj čustveno dovzetni in težko priznajo svoje težave, saj ne iščejo pomoči ali socialne opore pri drugih. Tudi v družini imajo ti pacienti vlogo tretjerazrednega člana, ki je stalno opazovan, in vsaka njegova sprememba, ki jo družina opazi, se razlaga kot znak bolezni. Ti pacienti čutijo večjo nesvobodo v družini kot v ustanovi. Kljub temu vztrajajo v družini, ker so socialno odvisni od nje in upajo, da jih bo družina nekoč sprejela takšne, kot so. Na stigmatizirane paciente vplivajo tudi odnosi na delovnem mestu, saj jih sodelavci ne prestando opazujejo in jim tudi vsiljivo »pomagajo«. Pacienti se morajo delati hvaležne, čeprav so izpostavljeni

najrazličnejšim žaljivkam, s katerimi se srečujejo v preprostejših okoliščinah. Zaradi pomanjkanja samozavesti se tem neprijetnim situacijam ne morejo upreti. V teh okoliščinah jim preti nevarnost, da jih premestijo na nižje delovno mesto, jih uvrstijo na čakalno listo ali jih silijo k upokojitvi. Večina hospitaliziranih pacientov spremeni tudi odnos do prijateljev, zamenja jih ali pa ostanejo sami. Pri nadaljnjem zdravljenju pacienta je skoraj nujno, da zamenja prijatelje in navadno tudi zakonca, saj bi ga ti ljudje lahko potegnili nazaj v tisto stanje, ki ga je že prerasel. To je eden od vzrokov, zakaj izberejo samoto ali družbo, ki jim je podobna (22).

Avtorji Antonioni in sod. (28) navajajo, da splošni zdravniki bolj stigmatizirajo paciente z duševno motnjo kot psihiatri. Zdravstveni delavci so kot vsi ostali pod vplivom prevladujočega stereotipnega mnenja o ljudeh s psihotično zgodovino. Navajajo še, da predsodki, ki jih imajo visoko izobraženi zdravstveni delavci, škodijo terapevtskemu odnosu pri vzpostavitvi zaupanja in prikrivanja bolezni. So tudi mnenja, da se morajo zdravstveni delavci izobraževati, kar bo pomagalo pri destigmatizaciji, saj je odnos zdravstvenih delavcev (zdravnikov, psihiatrov, medicinskih sester in študentov medicine) do oseb s psihično zgodovino presplošen. V članku je omenjena tudi zgodba, kako so medicinske sestre stigmatizirale paciente z duševno motnjo in so imele negativen odnos do teh pacientov. Ta odnos temelji na njihovem spoznanju, da so duševni pacienti nevarni, šibki in da so sami krivi za svoje simptome. To zadeva predvsem paciente, ki so bili že prej hospitalizirani, in tiste, ki trpijo za dolgotrajno duševno boleznijo, kot je npr. shizofrenija. Zdravstveni delavci so manj optimistični od javnosti glede zmožnosti ljudi z duševnimi motnjami kar zadeva zdravljenje. Psihiatri trdijo, da ljudje, ki se zdravijo v psihiatričnih ustanovah, niso sposobni sprejemati odločitev o sebi in jih drugače obravnavajo kot ostale paciente (28).

Thornicroft in sod. (18) so ugotovili tudi, da javnost nima skoraj nič ali pa ima napačne informacije o duševni bolezni in da ljudje težko prepoznajo bolezen pri sebi in njihovih družinskih članih, zato se težje odločijo iskati pomoč. Avtorji (prav tam) navajajo, da so študije mnogih dežel ugotovile, da je trajalo leto dni, preden je družinski član poiskal pomoč in se odločil za zdravljenje, čeprav je imel vidne znake duševne motnje. Omenjajo tudi raziskavo iz leta 2001, ki je bila izvedena v južni Avstraliji, v kateri so primerjali odnos do zdravljenja ljudi z depresijo in shizofrenijo. Thornicroft in sod. (prav tam) so

ugotovili, da je bilo med dvesto petdesetimi zdravstvenimi delavci na področju psihiatrije in javnosti, zdravstveno osebje bolj pesimistično glede možnosti ozdravitve kot javnost, psihiatri pa so manj optimistični od medicinskih sester. Avtorji (prav tam) menijo, da so psihiatri pesimistični glede pacientov z duševno motnjo, ker se le-ti stalno ukvarjajo s pacienti, ki so pogosto hospitalizirani zaradi stalnega ponavljanja bolezni. Psihiatri se neradi ukvarjajo s pacienti z osebnostno motnjo in ti pacienti trdijo, da niso sprejeti s strani zdravstvenega osebja. S tega področja je narejeno zelo malo raziskav o motnji osebnosti. Avtorji (prav tam) so prepričanja, da so pacienti z duševno motnjo manipulativni in da iščejo pozornost ter hočejo biti opazni s samomorilnimi dejanji. Med drugim opisujejo tudi zgodbo o pacientki, ki so ji medicinske sestre večkrat obrnile hrbet, ko se je samopoškodovala. Prepričani so, da so zdravniki družinske medicine včasih še bolj stigmatizirajoči od psihiatrov. Najbolj pa jih prezira osebje na oddelku nujne medicinske pomoči, ker se ti pacienti lahko samopoškodujejo. Avtorji v svojem članku omenjajo tudi študijo, ki je bila izvedena v Veliki Britaniji s pacienti o njihovih izkušnjah v zvezi s stigmo. Vpraševali so jih, kdo bi potreboval izobraževanje, da bi zmanjšali diskriminacijo. Pritrdilno so odgovorili, da ena tretjina družinskih zdravnikov, nato so jim sledili šolarji, delodajalci in nazadnje policija. Odnos psihiatričnih sester je bil podoben odnosu zdravnikov, šolarjev in policije. Izjemoma pa so bile medicinske sestre bolj pozitivne do alternativnega in komplementarnega odnosa do zdravljenja. V pregledu virov in raziskav zasledimo malo napisanega o osebah z duševnimi motnjami, ki so prekinili zdravljenje. V virih tudi nimamo dovolj pojasnil, kaj vpliva na njihovo zadovoljstvo ali nezadovoljstvo pri zdravstveni negi in kakšno vlogo ima stigma in diskriminacija pri odločitvah zdravljenja pacientov z duševnimi motnjami ter kakšne občutke imajo pacienti z duševnimi motnjami o škodljivih zdraviteljih (18).

### **3.2.2 Vpliv stige na življenje pacienta z duševno motnjo**

S pacientom z duševno motnjo, ki je stigmatiziran, lahko delijo stigmo na eni strani tisti ljudje, s katerimi se počuti sproščen, varen in na katere se lahko zanese. Ti ljudje mu lahko nudijo moralno oporo in zadostne informacije, ki bi mu pomagale poučiti se, kako živeti s stigmo. Na drugi strani pa so ljudje, ki so zaradi svojega posebnega življenjskega položaja,

kot so tesne zveze z drugo zaznamovano osebo, ali zaradi poklica, seznanjeni s skrivnostmi stigmatizirane skupine, ki jih je sprejela za svoje. Od teh ljudi stigmatizirana oseba pričakuje tudi nekaj opore. Razlika med telesno prizadetimi ljudmi in duševnimi pacienti se kaže v tem, da se ti zadnji izogibajo družbi enako stigmatiziranih oseb in nočejo biti njim enaki. To naj bi pomenilo, da nimajo nikogar, komur bi lahko zaupali svoje težave in kako jih doživljajo. Če so ljudje seznanjeni o osebi, ki je stigmatizirana, od nje pričakujejo, da bo poskrbela za zmanjšanje napetosti v medsebojnih odnosih (21).

Lamovec (21) ugotavlja, da se prvi poučijo, kako drugi gledajo nanje, tisti ljudje, ki se že rodijo s stigmo. Ljudje, ki kasneje postanejo zaznamovani kot pacienti z duševno motnjo, se začnejo zavedati, da so iz zornega kota »normalnih« razvrednoteni. Njihova naslednja naloga je, da se naučijo, kako se odzivati na vedenje ljudi, ki so jih razvrednotili. Šele kasneje se morajo naučiti, kako se delati »normalne«. Stigmatizirana oseba bi se lahko rešila stigme in bi se uveljavila za »normalnega« le, če se preseli daleč stran in zbriše za seboj vse sledi. Druga možnost je tudi, da opusti vse ostale strategije in namerno razkrije, kakšne težave ima in s tem spremeni svoj položaj. Po razkritju se ji ni treba več ozirati na igre drugih in tako lahko ponudi tudi svojo. Ko prizna, da je bila v psihiatrični bolnici, je ena najbolj zrelih faz, ki jo na žalost večina ne zmore doseči (21).

Byrne (15) poudarja, da se mora pacient, ki doživlja stigmo, znotraj sebe utrditi do te meje, da lahko sprejme norme, ki jih postavi družba.

### **3.3 Vloga zdravstvene nege pri destigmatizaciji pacientov z duševno motnjo**

Kakovostna zdravstvena nega je skladnost med dejansko zdravstveno nego in predhodno predpisanimi kriteriji. To pomeni, da morajo medicinske sestre, izvajati negovalne intervencije in diagnostično terapevtske posege po dogovorjenih in veljavnih standardih. Zdravstvena nega zagotavlja kakovost celotnega zdravstvenega sistema. Pomembno je, da zdravstvena nega izboljšuje ali vzdržuje zdravstveno stanje pacienta in njegovo funkcionalno sposobnost, skrbi za dobro psihično počutje in zadovoljstvo pacienta po opravljeni zdravstveni negi ter mu zagotavlja varnost (29).

V zdravstveni negi ima pomembno vlogo terapevtska komunikacija, ki se loči od običajne komunikacije v tem, da je pri terapevtski komunikaciji na prvem mestu zadovoljevanje potreb pacienta. Zdravstveno osebje mora za izvajanje dobre profesionalne komunikacije poznati poleg znanja in teorije o zdravstveni negi tudi samo sebe, kajti samo če razume sebe in svoje lastno doživljanje doživlja skladno z drugimi, je to osnova za uspešno interakcijo (36). Tudi Škerbinek (30) in Filipič (31) se strinjata, da je pri profesionalni komunikaciji pomembno poznati samega sebe. Pravita, da s samopodobo zaznavamo vidike svoje lastne osebnosti in da z njo označujemo naše življenjske vloge v medsebojnih odnosih z drugimi ljudmi. Filipič (31) poudarja še, da je zdravstvena nega odvisna od vseh udeležencev. Z dobro komunikacijo lahko zdravstveno osebje pomaga pacientu, da ponovno pridobi voljo do življenja in vztraja pri njemu zaželenih ciljih. Z njo zdravstveno osebje lahko pridobi zadostne informacije o pacientu, ki bo zdravstvenemu osebju v pomoč pri izvajanju zdravstvene nege. Pacient pa bo imel občutek, da ni samo številka (30, 31).

Pomembno pri terapevtski komunikaciji je, da si zdravstveno osebje in pacienti izmenjujejo mnenja, občutke, stališča ter dajejo navodila. Tej komunikaciji pravimo medsebojna komunikacija, ki se jo že od rojstva vsi učimo v odnosu s svojimi starši in sorojenci. Kasneje v življenju to spretnost komuniciranja še izpopolnjujemo z drugimi ljudmi. Ves ta proces učenja in spretnosti komunikacije poteka nezavedno. Ko pa komunikacija postane delovno orodje, kot npr. v zdravstveni negi, pa je zaželeno, da poteka kar se da zavedno. Že z vstopom v zdravstveni sistem se začne vzpostavljati terapevtska komunikacija in pri tej komunikaciji je ključnega pomena srečanje enega človeka z drugim, saj pri tem tako zdravstveno osebje kot pacient vstopita v odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji, vrednotami, sposobnostmi in omejitvami (7). Ravno tako je Ramšak Pajk (32) v svoji teoriji poudarila interakcijo, kar pomeni medsebojno delovanje, delovanje drug na drugega, medsebojno vplivanje. Zanj o medsebojni odnos pomeni odnos med ljudmi, ki se nahajajo v določenem okolju in imajo iste interese ter jih veže skupno delo. Zanj o pomeni zdravstvena nega že neke vrste terapevtski medsebojni odnos, ker teži k izboljšanju zdravja. Za interakcijski odnos je zelo pomembna komunikacija med medicinsko sestro in pacientom, zato so Ramšak Pajk (32), Škerbinek (30) in Filipič (31), ne glede na različno starost člankov istega mnenja, da morajo imeti medicinske sestre sposobnost, da slišijo oz. znajo poslušati, kar je ena najpomembnejših sposobnosti, kajti dober poslušalec je tisti, ki razume in je pripravljen



usmeriti svojo pozornost na pacienta. Imeti mora tudi jezikovne sposobnosti, da uporablja jezik, ki ga pacient razume in da zna postavljati vprašanja ter pridobivati zadostne podatke o pacientu (30, 31, 32).

Ross in Goldner (16) navajata, da je pomemben terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom. To velja predvsem za zdravstveno nego na psihiatričnem oddelku, ker se ta odnos dojema kot osnovo za pacientovo zdravje in zdravstveno nego. Navajata še, da se od vseh medicinski sester pričakuje, da so čutne in podpirajo odnos do svojih pacientov. Avtorja (16) poudarjata, da imajo različni viri literature s področja zdravstvene nege, ki prihajajo iz Avstralije, Anglije, južne Afrike, Švedske in Združenih držav Amerike, skupno stališče, da je še dovolj možnosti za izboljšanje empatije in povečanje kompetenc zdravstvene nege za paciente. Navajata (prav tam), da so medicinske sestre same spoznale, da jim primanjkuje spretnosti, da bi kompetentno in samozavestno obravnavale paciente z duševno motnjo, ker v njih prevladuje strah do pacientov z duševno motnjo (16).

Za boljšo kakovost zdravstvene nege avtorji Tognazzini in sod. (33) navajajo, da je potrebna odprta interakcija, ki omogoča, da spoznamo pacientove izkušnje, njegove vrednote in upoštevanje njegove percepcije. Medicinske sestre naj bi se izobraževale o dejstvih in mitih duševne motnje in se zavedale besed in jezika, ko se pogovarjajo z ljudmi, ki iščejo pomoč (33).

Enakega prepričanja so tudi avtorji Švab in sod. (34), ki navajajo, da je v izobraževanje zdravstvenega kadra o duševnem zdravju treba vključiti učenje o antidiskriminaciji in promocijo dejstev o njihovi dobri prognozi. Zdravstvenemu kadru določajo tudi nalogo, da paciente z duševno motnjo opogumijo pri prepoznavanju diskriminatornih stališč, jim pomagajo, da se krepijo in borijo za svoje pravice ter ponovno pridobijo samospoštovanje (34).

Kuklec (11) navaja, da z besedo destigmatizacija označujemo boj proti diskriminaciji, kar je različna obravnava enakih lastnosti. Navaja (prav tam), da enega glavnih ukrepov za destigmatizacijo na mednarodni ravni od leta 1996 izvaja Svetovno psihiatrično združenje s programom Odprimo vrata (Open the doors), ki temelji na ideji, da bi z boljšim objektivnim spoznavanjem psihiatrije (vzrokov psihiatričnih simptomov) zmanjšali stigmatizacijo duševne bolezni (11).

Bon (13) opisuje program Odprimo vrata, ki je zasnovan kot dolgoročna kampanja. Ta program je namenjena predvsem destigmatizaciji shizofrenije in je zanimiv tudi zaradi drugih lastnosti: je mednaroden, vključuje tudi druge države in vključuje poleg zdravstvene in socialne službe še organizacije pacientov ter njihove družine. Izmenjujejo si informacije in izkušnje s sodelujočimi v posameznih državah in skupno določajo cilje, kar se zdi sodelujočim bistveno za dolgoročni uspeh programa. Slovenija žal še ne sodeluje v teh programih, v katerih že sodeluje osemnajst držav. Te organizacije sodelujočih držav so širile informacije o duševnih motnjah (psihoza, shizofrenija) skozi spletne strani, knjige, članke in na različnih srečanjih. Veliko so dale na sprejem specifične zakonodaje ali pa so uvedle pravila vedenja v različnih službah, ki so imele stik s pacienti z duševno motnjo. Organizirale so tudi umetniške in kulturne prireditve, podpirale so zdravstvene ustanove, ki so delale na telesnem zdravju pacientov z duševno motnjo in izobraževale strokovnjake različnih profilov o destigmatizacijskih vsebinah. Namen programa Odprimo vrata je povečati samozavest in samospoštovanje pacientov in njihovih svojcev, ker je to ključnega pomena za socializacijo pacientov, njihovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji ter za motivacijo, da se naučijo skrbeti zase. Treba je delati s strokovnjaki različnih profilov. Vsak prostovoljec lahko vpliva na zmanjšanje stigme, če pacientu pomaga izboljšati samozavest in sodeluje pri njegovih nadaljnjih korakih pri rehabilitaciji in življenju ter najprej upošteva njegove želje in šele nato poglede svojcev in zdravstvenega sistema. Spoznavati mora tudi izkušnje celotne družine in ji pravilno svetovati in jo informirati. Ena od nalog organizacije je, da dela na spremembi zakonodaje, ki naj bi manj stigmatizirala paciente z duševno motnjo, kajti če je zakonodaja zelo zaščitniška, lahko stigmatizira in ne pomaga tem pacientom. Sodeluje tudi z novinarji in s profesionalci iz medijev z namenom, da bi opuščali stigmatizirajoča sporočila, in sodeluje s splošno javnostjo, ki naj bi spremenila vedenje ljudi do pacientov z duševno motnjo. Destigmatizacija mora delovati kot dolgoročna aktivnost, saj se s ponavljanjem programov in dejavnosti lahko postopoma povečuje in pomembno je, da jo izvajajo vsi posamezniki, ki se strokovno srečujejo s pacienti, ki so lahko žrtve stigmatizacije (13).

Svetovno psihiatrično društvo (WPA) (35) s programom Odprimo vrata, ki se bori za zmanjšanje stigmatizacije duševne motnje, je nazadnje ugotovilo, da se ljudje kljub poznanju vzrokov in strinjanju, da so duševne motnje bolezni, niso znebili strahu in so celo okrepili socialno razdaljo do pacientov z duševno motnjo (35). Pri zdravstveni negi

pacientov z duševnimi motnjami naj bi bili zaposleni ljudje, ki so tolerantni do teh pacientov in razumejo njihovo stisko (11). Bon (13) navaja še, da se je v zadnjih letih v svetu opazno povečalo število gibanj in društev pacientov, ki se s skupnim združenjem odločno upirajo stigmatizaciji ter delajo na tem, da upoštevajo svoje pravice in sprejemajo svoje posebnosti v družbi. Vzporedno z njimi pa so vedno bolj aktivne zdravstvene, socialne in nevladne organizacije, ki skrbijo, da izvajajo programe destigmatizacije (13).

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2007 izdelala strategijo duševnega zdravja Health Policy, Planning and Service Development (36), v kateri je moč zaslediti, da se zdravstveni delavci na primarni ravni spopadajo s težavami pri delu s pacienti z duševnimi motnjami. Članek opisuje, da se morajo zdravstveni delavci posvetiti problemu časa, ki ga potrebuje pacient za zdravljenje duševnih motenj, ker so v nekaterih državah preobremenjeni zaradi ukvarjanja z drugimi zdravstvenimi težavami in ne le samo z duševnimi motnjami. Prevladuje tudi mnenje, da bi se povečalo število zdravstvenega osebja, ki dela z ljudmi z duševnimi motnjami. Članek poudarja tudi potrebo po superviziji primarnega zdravstvenega osebja in da bi morali biti specializirani psihiatri na razpolago primarnemu zdravstvenemu osebju pri svetovanju in navodilih za vodenje in zdravljenje pacientov z duševno motnjo (36).

Byrne (15) navaja, da noben britanski psihiatrični učbenik ne citira stigme v svojih indeksih, ravno tako je premalo psihiatričnih raziskav o stigmatizaciji in diskriminaciji. Navaja tudi antipatijo do psihiatrije in psihiatrov s strani zdravnikov splošne medicine. Vendar se večina psihiatrov ne spopada s temi predsodki. Njegovo mnenje je, da bi se morali v psihiatričnih ustanovah vprašati o naravi stigme, diskriminaciji, o razširjenosti socialnega omrežja in samopodobi. Vsa ta vprašanja bi morali zdravstveni delavci vključiti v načrt zdravljenja (15). Avtor (prav tam) navaja spletno stran Changing Minds iz Velike Britanije, kjer prikazuje medicinske revije o stigmatizaciji. Ti članki so povzročili diskriminacijo znotraj in zunaj profesionalnih krogov. Byrne (15) navaja strokovni reviji, ki največ pišeta, in sicer: Psychiatric Services in Journal of Mental Health. V teh strokovnih člankih so se medicinske sestre, delovni terapevti in socialne službe dosti globlje dotaknile teme o stigmatizaciji kot psihiatri. Ta spletna stran je pomagala pri antistigmatizacijskih pobudah in se je veliko ljudi poslužuje. Avtor (prav tam) omenja tudi praktične delovne modele, namenjene za intervencije različnim ciljnim skupinam. Eden od ciljev je poslušati skrbi ljudi z duševnimi

motnjami, do katerih naj bi spremenili odnos tako mladi ljudje kot otroci, v katerih je prisoten strah do pacientov z duševnimi motnjami. Te mlade skupine lahko spremenijo odnos do pacientov z duševnimi motnjami z izobraževanjem. Naloga zdravstvenega osebja je, da bi svoje vedenje o duševnih motnjah preneslo tudi izven delovnega okolja, s tem da bi informiralo ljudi z namenom, da bi manj stigmatizirali in stereotipizirali ljudi z duševno motnjo (15).

Sadler (37) je ugotovil, da je področje psihiatrije razvilo zavedanje o stigmi in razvija vedno učinkovitejša zdravila za zdravljenje pacientov z duševno motnjo ter inteligentno raziskovalno infrastrukturo znotraj zdravstvene nege. Standardizacije diagnoz so pripomogle k temu, da imajo pacienti in njihovi svojci vedno večjo politično moč v družbi. Vedno večje so skupnosti zdravstvene nege, ki podpirajo destigmatizacijo, boljši je dostop do zdravljenja in bolj je usposobljeno medicinsko osebje. Psihiatrični lobiji so skupaj s podpornimi skupinami pripomogli k spreminjanju političnega pogleda na stigmatizacijo, kar je opazno pri premagovanju neenakosti pri pacientih, ki niso imeli enotnega zdravstvenega statusa pri zdravljenju duševnih motenj. Kljub pozitivnim tendencam, stigma ostaja vidna v današnjih časopisih. Dostop do javne in privatne zdravstvene nege je slab. Zaradi strahu pred neupravičenimi stroški veliko ameriških mest težko tolerira problem brezdomcev z duševno motnjo. V ameriških državah je veliko pacientov z duševno motnjo zaprtih v zaporih, ker sredstva na področju kriminalnega sodstva niso pravilno razdeljena (37).

Byrne (15) je v svojem članku omenjal, da ima kognitivna terapija že dokazane učinke pri večini bolezni s tem, da širi informacije o duševnih motnjah.

Pinto - Foltz in Logsdon (26) navajata, da je zelo malo medicinskih sester in še manj tistih, ki izvajajo intervencije v zvezi s stigmo. Pravita še, da nekatere medicinske sestre delujejo tudi izven svojega dela, da sodelujejo v kampanjah, pišejo pisma, opozarjajo na napačne predstave o pacientih z duševno motnjo ter podpirajo realno predstavo pacientov z duševnimi motnjami. Navajata med drugim tudi, da lahko medicinske sestre izkoristijo svojo položaj zaupanja s tem, da pomagajo ljudem prepoznati vlogo in možnosti za podporo pri izobraževanju o stigmi (26).

Ahmedani (38) ugotavlja, da ima v tujih državah, predvsem v Združenih državah Amerike, od 60-70 % zdravstvenih delavcev na področju duševnega zdravja vlogo socialnih

delavcev, kar je pomembno pri zmanjšanju stigme. Njihova naloga je, da skrbijo za triažo in so prvi, ki pridejo v stik s pacientom z duševnim motnjami ter odločajo o pacientovem načinu zdravljenja. Socialni delavec se loti vprašanja stigme pri samem sebi s prepoznavanjem predsodkov in sprejemanjem vrednot, kar zahteva veliko dela na sebi in terapiji. Svojim pacientom pomaga pri problemu stigme prek triaže. V članku *Mental Health Stigma* (38) sta opisana dva nivoja: mikro nivo in makro nivo. Mikro nivo pomeni sodelovanje z družinami pacientov, da bi začeli gledati drugače na stigmatiziranega pacienta. Svojci naj bi se udeleževali družinske terapije z namenom, da bi razumeli pacienta z duševno motnjo in mu bili tudi opora. Študije o mikro nivoju so se glede te terapije pokazale pozitivne rezultate, saj je družina prva, ki lahko stigmatizira pacienta z duševno motnjo. Makro nivo pa pomeni, da lahko socialni delavci pomagajo ciljnim skupinam pri izobraževanju in s tem zmanjšujejo stigmo. Več kampanji je na makro nivoju, in sicer za ciljno izobraževanje. Potrebno je tudi izobraževanje socialnih delavcev, ki v zvezi stigmo lahko nekaj spremenijo. Ko imajo socialni delavci kontakt z duševno boleznijo, lahko stigmo zmanjšajo (spoznajo, da ti pacienti niso nevarni). Ahmedani (38) je ugotovil tudi, da izboljšano razumevanje in boljša izobrazba socialnih delavcev o pacientih z duševno motnjo še poveča zanimanje za delo s to populacijo. Izobrazba jim pomaga, da so samozavestni in kompetentni pri svojem delu (38).

Neprofitne organizacije so ustanovile več združenj, ki se borijo proti stigmatizaciji z oglaševanjem preko medijev (26). Keršič (17) navaja nevladno neprofitno humanitarno organizacijo Šent, ki deluje na območju celotne Slovenije. S svojim strokovnim delom skuša uporabnikom pomagati pri premagovanju posledic stigme, ki jih spremlja duševna motnja. Priporočljivo je, da se posameznik z duševnimi težavami po odpustu iz psihiatrične bolnišnice ali po preboleli bolezni vključi v program dnevnega centra organizacije Šent, s katerim bi lahko izdelal individualni načrt za samostojno življenje. V ta program je vključeno svetovalno delo, informativni pogovori, skupine, ki pomagajo pacientu in njegovi družini, vključevanje v komunikacijske delavnice in izobraževanje. V kreativnih in prostočasnih delavnicah pacienti z duševno motnjo lastnoročno izdelujejo izdelke iz keramike, opravljajo razna dela na statvah, izdelujejo voščilnice, opravljajo kooperantska dela ter enostavna administrativna dela itd. Ta organizacija skrbi, da se vsako leto organizirajo različna družbena srečanja in izleti. Pri programih organizacija Šent sodeluje tudi z Zavodom za zaposlovanje, ki pomaga pacientom pri vključitvi v program

usposabljanja na delovnem mestu in javnih delih, s tem pa tudi paciente vključuje v socialne programe. Poleg vseh teh programov izvajajo psihosocialno rehabilitacijo glede na potrebe posameznika, pri tem pa je organizacija Šent povezana z zdravstvenimi, socialnimi in zaposlitvenimi službami ter lokalno skupnostjo (17).

Misja (39) v svojem diplomskem delu navaja nevladno organizacijo na področju duševnega zdravja Ozara, ki jo opisuje humanitarno organizacijo. Društvo Ozara je nacionalno združenje za kakovost življenja, ki deluje na področju socialnega varstva ali natančneje na področju javnega duševnega zdravja. Naloga društva Ozara je preprečevanje psihičnih ovir in izključevanja pacientov z duševno motnjo iz socialnih krogov. Njen cilj je priznanje pacientovega razvoja, njegove življenjske zgodbe v celoti, pri tem pa upošteva njegove zmožnosti in priložnosti. Društva z vrsto programov, ki jih izvajajo, izboljšujejo pacientom z duševno motnjo in njihovim svojcem kakovost življenja. Poleg programov psihosocialne rehabilitacije in podpore (informiranje, svetovanje, dnevni centri in stanovanjske skupine) ter programi preventive (izobraževanje, založništvo in zagovorništvo) je njihov glavni cilj vključevati paciente z duševnimi motnjami v socialno okolje (39). Društvo Ozara vključuje v svoj program tudi prostočasne aktivnosti, namenjene pacientom z duševno motnjo. Te aktivnosti se izvajajo v pacientovem lokalnem okolju in so brezplačne. Ozara vključuje v prostočasne aktivnosti razne kulturno – družbene, športne in izobraževalne programe, ki omogočijo pacientom z duševno motnjo, da preživijo svoj prosti čas kakovostno. Med drugim društvo Ozara organizira razna druženja (praznovanja, piknike, izlete). Izvaja športne aktivnosti, kot so igranje košarke, nogometa, tenisa itd. Vključuje paciente z duševno motno v kulturne aktivnosti (ogledi zastav, gledaliških predstav in obiske raznih glasbenih koncertov). Društvo organizira tudi letovanja in taborjenje ter poleg športne aktivnosti in rekreacije omogoča učenje socialnih veščin (40). Namen organizacije je tudi informirati javnost o psihičnih okvarah in njihovih posledicah ter spodbujati aktivno sodelovanje pacientov, svojcev in strokovnih delavcev. Društvo Ozara sodeluje tako z domačimi kot tujimi strokovnimi službami, različnimi ustanovami, nevladnimi organizacijami in s posamezniki, s katerimi si prizadeva uresničiti svoje cilje (39).

## 4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Stigma je še dandanes prisotna tako v Sloveniji kot v drugih državah zaradi nevednosti, neznanja, nespoštovanja in napačnega prikazovanja ljudi z duševnimi motnjami preko medijev, čeprav se v zadnjih letih to zmanjšuje. Žal je med posamezniki, ki stigmatizirajo paciente z duševno motnjo, največkrat tudi zdravstveno osebje, socialni delavci in svojci, ki bi morali biti najbolj poučeni o duševnih motnjah. Prav zaradi stigmatizacije se izrazu duševna bolezen izogibamo in uporabljamo izraz duševna motnja. Opisujemo jo kot motnja, jo prepoznamo po odklonilnem ali spremenjenem, drugačnem doživljanju, delovanju in reagiranju. Če se simptomi pojavljajo v kombinacijah ali zaporedjih, razumemo, da gre za duševno motnjo (4).

V teoretični nalogi smo na podlagi analize pregleda virov in primerljivih raziskav, želeli odgovoriti na dve raziskovalni vprašanji.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju smo se osredotočili na značilnosti stigme do oseb s težavami v duševnem zdravju in do pacientov z duševnimi motnjami. Ugotovili smo ključne značilnosti stigme, ki pomeni označevanje določenih ljudi za drugačne in manjvredne od drugih (9) in skupek socialnih odnosov in vezi ter odraža kulturo in družbo, ki se nenehno spreminjata (10). Značilnost stigme do oseb s težavami v duševnem zdravju je prisotna predvsem pri tistih ljudeh, ki se že rodijo s stigmo. Pri osebah z duševno motnjo je stigma prisotna šele kasneje. Stigmatizirani pacienti z duševno motnjo se izogibajo enako stigmatiziranih oseb in nočejo biti njim enaki ter se zaradi svoje diagnoze socialno izolirajo in samostigmatizirajo (21,25). Do ljudi s težavami v duševnem zdravju je stigma bolj sprejemljiva (9). Stigma različno vpliva na paciente odvisne od alkohola in drog, ker družba o njih meni, da so sami krivi za svojo bolezen (11). Na paciente s shizofrenijo družba drugače gleda, zdijo se jim nevarni, nepredvidljivi, nezanesljivi, nezmožni komunikacije, nezaupljivi, nasilni in nezmožni sodelovanja pri zdravljenju (14). Pacienti z duševno motnjo so razvrsteni v družbi, ker ne dosegajo norem, ki jih le-ta postavlja (9,15). Zaradi vpliva stigme na pacienta z duševno motnjo, tem pacientom niso dane možnosti uresničitve življenjskih ciljev (izobrazba, ugodno delovno mesto, neprofitna stanovanja, itd), kot so ti cilji lahko uresničljivi osebam s težavami v duševnem zdravju (22). Kot preventivna dejavnost je ključna destigmatizacija, ki mora delovati dolgoročno, saj se s ponavljanjem programov in dejavnosti lahko postopoma povečuje znanje in

zavedanje ter zmanjšuje prisotnost stigme. Pomembno je, da jo izvajajo različni posamezniki, ki se strokovno srečujejo s pacienti z duševnimi motnjami, ki so lahko žrtve stigmatizacije (13).

Pri drugem raziskovalnem vprašanju o vlogi zdravstvene nege pri destigmatizaciji pacientov z duševnimi motnjami smo poudarili, da je naloga zdravstvene nege izboljševanje ali vzdrževanje zdravstvenega stanja pacientov. Pri zdravstveni negi zdravstveno osebje skrbi za dobro psihično počutje in varnost ter zadovoljstvo pacientov po opravljeni zdravstveni negi (29). Pri destigmatizaciji pacientov z duševno motnjo je v zdravstveni negi pomembna medsebojna terapevtska komunikacija med medicinsko sestro in pacientom z duševno motnjo. Za dobro terapevtsko komunikacijo se morajo medicinske sestre izobraževati, kajti že pravilen pristop do pacienta z duševno motnjo, pravilna uporaba besed in jezika lahko pripomoreta pri destigmatizaciji (36). Medicinske sestre se želijo izobraževati o duševnih motnjah, ker so spoznale, da jim primanjkuje znanja, da bi samozavestno in kompetentno obravnavale pacienta z duševno motnjo (16). Nekatere medicinske sestre delajo tudi izven svojega dela, npr. pišejo letake, sodelujejo v kampanjah, poučujejo ljudi o duševnih motnjah in opozarjajo ljudi na napačne predstave o pacientih z duševno motnjo (26). Vloga zdravstvene nege pri destigmatizaciji je, da pomagajo pacientom z duševno motnjo se boriti za svoje pravice in ponovno pridobiti samospoštovanje ter pomaga pacientu z duševno motnjo pri prepoznavanju diskriminatornih stališč (34). Proti diskriminaciji pacientov z duševno motnjo se borijo tudi neprofitne humanitarne organizacije, ki s svojimi programi zmanjšujejo stigmo in jo delajo manj vidno. Poleg zdravstvene nege in socialne službe, neprofitne humanitarne organizacije vključujejo v svoje programe tudi družinske člane in svojce (38). S svetovalnim delom, z informiranjem ter pogovori pomagajo pacientom z duševno motnjo in svojcem se vključiti v komunikacijske delavnice in izobraževanje (17). Pri destigmatizaciji pacientov z duševno motnjo je ključnega pomena tudi obveščanje medijev, ki v svojih informativnih oddajah napačno prikazujejo paciente z duševno motnjo (26).

Ob zaključku pregleda in raziskav razmišljamo, da so prav predsodki in diskriminacija vzrok za nastanek stigme, saj so ljudje, ki odstopajo od povprečja, drugače sprejeti. Da bi pripomogli k izboljšanju odnosov do ljudi z duševnimi motnjami, je zelo pomembno, da se vedno bolj razvijajo dolgotrajni izobraževalni programi, ki se borijo proti nevednosti ter



zmanjšujejo predsodke in diskriminacijo. Priporočljivo pa je tudi uvesti javne programe za zdravje in zdravstveno vzgojo. Pri zaposlenih v zdravstveni negi pa je eden od uspešnih načinov zmanjševanja ali preprečevanja stigme uporaba priporočenih strategij.

Stigma do pacientov z duševno motnjo bo prisotna, dokler jih družba ne bo razumela in začela gledati z drugačnega zornega kota. Zato se pacienti z duševno motnjo največkrat zaprejo vase in res postanejo drugačni v naših očeh. Vse to pripomore, da se jim njihovo zdravstveno stanje ne izboljšuje, temveč niha.

Vsi zdravstveni delavci smo zavezani etiki in skrbi, zato moramo osebam z duševnimi motnjami pomagati, da se naučijo, da kljub simptomom bolezni lahko živijo kakovostno. Odpreti jim moramo vrata, da lahko vstopijo v družbeni svet enakovredno in ne smemo več dovoliti, da se jim ta vrata zaprejo.

## 5 LITERATURA

1. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2014). Duševno zdravje – ni zdravja brez duševnega zdravja.  
[http://www.sent.si/fck\\_files/file/NOVICE/NPDZ\\_3\\_J.pdf](http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf) <24.3.2014>.
2. Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, 2009: 11.
3. Žvan V. Posebnosti psihiatričnega pogleda.V: Tomori M, Ziherl S, ur. Psihatrija. Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta, 1999: 12.
4. Mrevlje G. Znaki in simptomi duševnih motenj.V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 71- 73.
5. Pregelj P. Med organskim in funkcionalnim. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvene nege in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 81- 84.
6. Erzar T. Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007: 35 - 53.
7. Kogovšek B, Škerbinek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002: 6-25.
8. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. *Med Razgl* 1999; 38(2): 265- 80.
9. Švab V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje, 2009: 9- 19.
10. Coleman L M. Stigma - razkrita enigma. V: Ule M, ur. Predsodki in diskriminacije: izbrane socialno-psihološke študije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1999: 198- 203.
11. Kuklec V. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2010; 44(3): 195- 201.
12. Goffman E. Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete. Maribor: Aristej, 2008: 11.
13. Bon J (2007). Destigmatizacija duševnih motenj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje. <http://www.depra.si/datoteke/destigmatizacija.pdf> <15.03.2014>.
14. Strbad M, Švab V. Stigmatizacija in psihiatrija. *MED RAZGL* 2005; 44(2): 147- 154.

15. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment* 2000; 6(1): 65- 72.
16. Ross C. A, Goldner E. M. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009; 16(6): 558- 567.
17. Keršič V. Težave v duševnem zdravju so premagljive. *Jeseniške novice* 2007; 2(14): 11.
18. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 2007; 19(2): 113- 122.
19. Božič D. E. Goffman: Stigma- zapiski o upravljanju poškodovane identitete (prikaz). Ljubljana: Časopis za kritiko znanosti; 1991(XIX ): 138- 139: 137- 54.
20. Flaker V. Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: Založba / \* cf., Oranžna zbirka, 1998: 7- 8.
21. Lamovec T. Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1998: 41.
22. Lamovec T. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2006: 36- 38.
23. Parle S. How does stigma affect people with mental illness? *Nursing Times*, 2012; 108(28): 12- 14.
24. Kobentar R, Avguštin B (2009). Kristalni paravan med družbo in samoto: Stigma z vidika laične populacije.  
[http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/142F.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/142F.pdf)  
<24.03.2014>.
25. Strbad M, Švab I, Zalar B, Švab V. Stigma duševne bolezni: primerjava stališč bolnikov in študentov v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2008; 77(8): 481- 5.
26. Pinto- Foltz MD, Logsdon MC. Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009; 23(1): 32- 40.
27. Pettit ML. Disease and stigma: A Review of Literature. *The Health Educator*, 2008; 40(2): 70- 76.
28. Antonioni A. R, Benson J. R, Brunt C. C, Connors A. T. H, Fleischner D. R, Ginsburg M. E. H. »in sod«. *Eradicating Stigma in Health Care Systems*.

[http://www.mhla.org/Docs/Eradicating\\_Stigma\\_4\\_13.pdf](http://www.mhla.org/Docs/Eradicating_Stigma_4_13.pdf) <15.04.2014>.

29. Zaletel M. Negovalni standardi-pomemben element zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi na področju mentalnega zdravja. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 55- 59.
30. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. *Zdrav Obzor* 1992; 26(1-2): 29- 32.
31. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32(5- 6): 221-5.
32. Ramšak Pajk J. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzor Zdr N* 2000; 34(1- 2): 27- 31.
33. Tognazzini P, Davis C, Kean AM, Osborne M, Wong KK. Reducing the stigma of mental illness. *Canadian Nurse*, 2008; 104(8): 30- 33.
34. Švab V, Strbad M, Zupanc M, Zalar B. Stigmatizacija ljudi z duševnimi motnjami. V: Kersnik J, ur. Družinska medicina na stičišču kultur / 21. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004: 85- 89.
35. Moineville M, Jouet E, Greacen T. Ukrep za destigmatizacijo oseb s težavami z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami. *Socialno delo* 2012; 51(5): 347- 352.
36. Integrating mental health service into primary health care. Mental Health Policy, Planning and Service Development. Geneva: World Health Organization, 2007: 1- 7.
37. Sadler JZ, MD. Commentary: Stigma, conscience, and science in Psychiatry: Post, Present, and Future. *Academic Medicine*, 2009; 84(4): 413- 417.
38. Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 2011; 8(2): 4- 1.
39. Misja M. Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, 2008.
40. Ozara Slovenija (2014). Prostočasne aktivnosti. <http://www.ozara.org/> <04.07.2014> .